



PÔLE SANTÉ ROYA BÉVÉRA

Hôpital de proximité de Breil sur Roya

Hôpital de proximité de Sospel

EHPAD de La Brigue

EHPAD de Saorge

POLITIQUE QUALITÉ

GESTION DES RISQUES

SÉCURITÉ

ENVIRONNEMENT

2019 - 2023



Que la force me soit donnée de supporter ce qui ne peut être changé et le courage de changer ce qui peut l'être mais aussi la sagesse de distinguer l'un de l'autre.

(Marc Aurèle)

SOMMAIRE

PRÉSENTATION DU PÔLE SANTÉ ROYA BÉVÉRA	1
UN ENGAGEMENT PARTAGÉ	2
LE PROJET D'ÉTABLISSEMENT DU PÔLE SANTÉ ROYA BÉVÉRA 2019-2023	3
Les attentes vis-à-vis de la démarche	3
Les valeurs annoncées	5
QUALITÉ ET SÉCURITÉ EN TRANSVERSALITÉ DANS LE PROJET D'ÉTABLISSEMENT	7
LES PRINCIPES DE LA POLITIQUE QUALITÉ / GESTION DES RISQUES/ SÉCURITÉ/ ENVIRONNEMENT	9
Restructuration de la cellule Qualité en 2021	9
Organigramme Qualité – Gestion des risques	10
FORCES ET FAIBLESSES DU PSRB	11
OBJECTIFS PRIORITAIRES À PARTIR DE 2022	12
ANNEXES	13
ANNEXE 1 : BILAN D'ACTIVITÉ SERVICE QUALITÉ 2021 PSRB	14
ANNEXE 2 : POINT D'ÉTAPE 2022	16

Glossaire

CDU :	Commission des Usagers
CHSCT :	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CME :	Commission Médicale d'Établissement
CPOM :	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CREX :	Comité de Retour d'Expérience
CS :	Conseil de Surveillance
CSIRMT :	Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
CTE :	Comité Technique d'Établissement
EHPAD :	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
ENNOV :	Logiciel de gestion documentaire et des événements indésirables sur la Roya
ETP :	Éducation Thérapeutique du Patient
GDR :	Gestion des Risques
GESDOC :	Système de Gestion Documentaire sur la Bévéra
GHT :	Groupement Hospitalier de Territoire
HAS :	Haute Autorité de Santé
IQSS :	Indicateurs Qualité et Sécurité des Soins
MCO :	Médecine- Chirurgie - Obstétrique
PASA :	Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
PAQSS :	Plan d'Actions Qualité et Sécurité des Soins
PSRB :	Pôle Santé Roya Bévéra
SAMSAH :	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SSR :	Soins de Suite et de Réadaptation
UHR :	Unité d'Hébergement Renforcée

PRÉSENTATION DU PÔLE SANTÉ ROYA BÉVÉRA

PSRB	BREIL SUR ROYA	SAORGE (ROYA)	LA BRIGUE (ROYA)	SOSPEL (BEVERA)
MCO	5 lits			12 lits
SSR	10 lits Dont 1 lit identifié en soins palliatifs			13 lits
EHPAD	65 lits	60 lits	42 lits	172 lits
PASA	24 places (partagées)			2 x 14 places
UHR	<i>En projet par redéploiement de 12 lits d'EHPAD</i>			13 lits
FAM	50 lits			
SAMSAH	6 places			
Divers	Programme ETP : diabète de type 2			

UN ENGAGEMENT PARTAGÉ

La Direction du Pôle Santé Roya Bévéra et l'ensemble des agents s'engagent dans une démarche continue d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans le respect de la maîtrise des coûts et de l'environnement. Pour cela, le PSRB a établi une stratégie conforme aux orientations du projet d'établissement.

L'Organisation Mondiale de la Santé définissait déjà en 1987 la qualité des soins comme :

« une démarche qui doit permettre de garantir, à chaque patient, l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ».

Pour la Haute Autorité de Santé, la qualité d'un système de santé augmente lorsque les soins prodigués sont aussi efficaces, sûrs et accessibles que possible et ce, dans des conditions aussi équitables et efficientes.

La perception de la qualité, malgré une finalité commune, peut avoir quelques variations selon que l'on soit :

- **Usager** : satisfaction, transparence, connaissance de l'établissement de soins, sécurité. Une exigence légitime.
- **Professionnel** : recommandations de bonnes pratiques pour l'amélioration des prestations, l'image de l'établissement, la prise en compte des besoins de l'utilisateur avec une réponse adaptée.
- **Organismes de tutelle** : efficience, atteinte d'objectifs, régulation par la qualité.

Pour l'ensemble des professionnels du Pôle Santé Roya Bévéra, la qualité est :

- Une valeur essentielle, une volonté portée par la gouvernance et partagée par tous
- une démarche permanente, continue, initiée depuis de nombreuses années
- une capacité à intégrer des changements dans un souci d'amélioration des pratiques.
- une volonté de satisfaire les exigences réglementaires, répondre aux attentes des organismes de tutelle et porter une vigilance permanente aux usagers en termes de sécurité et qualité des soins et des prestations.

LE PROJET D'ÉTABLISSEMENT DU PÔLE SANTÉ ROYA BÉVÉRA 2019-2023

Le projet d'établissement a pour ambition de définir la politique générale du PSRB sur une période de cinq ans. Les secteurs hospitalier et médico-social étant en constante évolution, le PSRB doit pouvoir s'adapter au mieux pour répondre aux besoins de la population et des personnes accueillies.

Il a été élaboré en concertation avec des représentants de l'ensemble des quatre structures composant le PSRB.

La Politique Qualité, Sécurité des soins et Gestion des risques est déclinée dans l'annexe 3 du Projet d'Établissement 2019-2023 (pages 112 et 113). Elle stipule :

La démarche qualité a été initiée sur chacun des sites. Les résultats plus que satisfaisants de la certification en sont la preuve. La politique qualité a été formalisée en 2017 sur chacune des vallées.

La volonté du PSRB est de faciliter le partage d'expériences, les pratiques, la culture et les outils entre les acteurs des différents sites en prenant en considération les particularités des champs sanitaire et médico-social.

L'enjeu est d'actualiser ces politiques pour les faire converger et pour assurer un déploiement homogène et harmonieux sur le terrain. Il s'agit de prévoir un système de management de la qualité et de la sécurité des soins capable de téléguider l'action à partir d'une réflexion globale préservant une agilité pour s'adapter aux spécificités locales. Pour cela, la démarche sera structurée autour :

- d'un pilotage centralisé de la démarche autour du Responsable Qualité
- d'un relai opérationnel sur chaque service.

Les attentes vis-à-vis de la démarche

Les démarches d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité constituent une préoccupation forte des orientations politiques et stratégiques des établissements sanitaires et médico-sociaux.

Quel que soit le contexte, cette démarche doit permettre de s'assurer de la qualité et de la sécurité de l'accompagnement proposé aux personnes accueillies. Ainsi, la démarche qualité correspond à l'ensemble des moyens mis en œuvre au sein d'un établissement et par l'établissement afin de rester adapté aux évolutions des secteurs et des territoires.

Pour la démarche de gestion des risques, c'est une démarche transversale, collective, indispensable afin d'identifier, évaluer et réduire, chaque fois que cela est possible, les risques encourus par les patients/résidents, les visiteurs et le personnel. Chaque situation est opportunité d'enrichissement supplémentaire.

En cela, les deux approches « Qualité et Risques » se complètent et sont indissociables. Elles répondent aux objectifs généraux suivants :

- Maintenir une dynamique permanente d'amélioration continue en développant une faculté d'adaptation collective pour rester connecté à l'évolution des besoins et donc à l'environnement.
- Consolider la connexion à la réalité du terrain pour que les agents soient impliqués dans la démarche.
- Favoriser l'engagement de tous les professionnels dans la dynamique car chacun est légitime et a le devoir faire remonter les informations pour participer à garantir la sécurité de la prise en charge.
- Contribuer à valoriser l'image de l'établissement en interne et externe pour satisfaire les besoins et attentes de l'ensemble des parties prenantes (bénéficiaires, personnels, les autorités de tutelle...).

L'atteinte de ces objectifs, dans un contexte de convergence des démarches à l'échelle du PSRB, passera par l'adhésion de l'ensemble des professionnels à la démarche. Cela implique donc :

- Une prise de conscience de la nécessité d'être dans une posture de remise en question permanente de ses pratiques et donc d'avoir une vision positive du contrôle. Cela impose de changer de regard sur le statut de l'erreur pour le considérer comme une opportunité d'amélioration individuelle et collective. Une attitude relationnelle fondée sur la confiance réciproque est alors nécessaire et constitue un prérequis à un enrichissement personnel et collectif.
- Une organisation rigoureuse pour passer de la réflexion à l'action et s'enrichir individuellement et collectivement de l'expérience vécue. Finalement, les mécanismes d'une organisation apprenante structurent la mise en œuvre et le développement de la démarche.
- De la communication sur le sens des actions et organisations. Cela permet de diffuser une culture qualité partagée à l'échelle du PSRB et également de sortir des interprétations subjectives de tout un chacun.
- Des compétences pour adapter l'organisation et ses actions aux besoins identifiés et ce, dans une approche dynamique évolutive.

Le PSRB assure la mobilisation et la coordination de toutes les compétences utiles autour du processus et pour cela il s'appuie sur :

- Les instances de pilotage : le Comité des Vigilances et des Risques et de la Qualité (COVIRISQ) à Sospel et le Comité des Risques, des Vigilances et de la Qualité (CRIVIQ) pour les établissements de la vallée de la Roya
- Les pilotes des thématiques
- Les comités opérationnels : CLUD (douleur), CLIN (infections associées aux soins), CLAN (alimentation-nutrition), COMEDIMS (médicaments et dispositifs médicaux), CDU (usagers), CIV (identitovigilance), réunion de direction...
- Les référents, les experts (professionnel avec D.U. spécifique, directeur...)

La méthode ALARM pour assurer la gestion a posteriori des risques, évaluer les causes des problématiques et faire évoluer les consciences des individus.

Les deux établissements sont membres du **GHT 06**. Un groupe "Bureau Qualité, Sécurité, Usagers" travaille sur des thématiques avec des représentants des usagers des structures.

La volonté du PSRB est de faciliter le partage d'expériences, de pratiques, de culture et d'outils entre les différents sites, en prenant en considération les particularités des champs sanitaires et médico-sociaux.

L'enjeu est d'actualiser les politiques pour les faire converger afin d'assurer un déploiement homogène et harmonieux sur le terrain. Il s'agit de prévoir un système de management de la qualité et de la sécurité des soins capable de téléguider l'action à partir d'une réflexion globale préservant une agilité pour s'adapter aux spécificités locales.

Pour cela, la démarche sera structurée autour :

- d'un pilotage centralisé de la démarche autour du Responsable Qualité
- d'un relai opérationnel sur chaque service.

Les valeurs annoncées

Quatre valeurs phares ont été retenues par le comité de pilotage des projets car elles constituent le socle identitaire partagé par les deux établissements :

- le Respect
- l'Équité
- le Partage
- la Transparence.

A l'unanimité, le comité de pilotage a reconnu la dimension transversale et globalisante de la valeur Respect qui constitue le fondement d'où émanent les valeurs d'équité, de partage et de transparence.

Le Respect

Le Respect doit être appréhendé comme une attitude qui consiste à considérer l'autre dans toute son unicité, sa singularité, à partir d'une compréhension de ce qui la constitue. Cela implique une attitude de vigilance permanente, d'ouverture à l'autre et une abnégation dans la volonté de le comprendre.

La qualité de l'attention apportée à l'autre est alors l'outil d'une attitude respectueuse. Le respect transcende toutes les valeurs et implique un ensemble de prérequis pour se concrétiser dans les attitudes :

- La conviction de la place centrale de l'humain et de la qualité des relations humaines
- La nécessité des compétences professionnelles pour comprendre, individuellement et collectivement, ce qui constitue l'unicité de chacun et de ses besoins
- La mise en œuvre d'une réponse toujours personnalisée
- Le respect se manifeste dans une multitude d'aspects du quotidien (paroles, regards, entretien, repas...), envers toutes les parties prenantes (entre agents, avec les patients/résidents, avec leur entourage, avec les intervenants extérieurs...) et est, à ce titre, nécessairement lié aux concepts de bienveillance/Bienveillance.

Le Partage

L'expérience des dernières années des établissements de Breil sur Roya et Sospel démontre qu'en partageant on grandit collectivement. Fort de la résolution de ce paradoxe, vécu et internalisé par les hommes au sein des établissements, l'équipe de direction souhaite, au service de la poursuite d'un projet et donc d'un objectif commun, un engagement de tous dans la mission qui nous fédère et donc le déploiement du partage dans toutes ses potentialités : compétences, effectifs, ressources matérielles, information et expériences...

La finalité est que chacun s'intègre dans un vécu partagé qui forge et renforce les liens professionnels pour le grand bénéfice de chaque individu.

La nécessité de transparence dans les actes et les mots apparaît alors comme essentielle car elle fonde la confiance, condition nécessaire au succès d'un projet commun. La confiance ne se décrète pas, elle se gagne, le temps est gage de sincérité des relations car il faut apprendre à se connaître et se comprendre mutuellement. C'est pourquoi le partage doit se renforcer progressivement à la hauteur du niveau de confiance réciproque qui s'établit. Le partage n'est pas une négociation, il convient de ne pas être dans l'attente d'un retour dans la mesure où l'on vise un objectif commun qui dépasse les individualités. Le partage est lié à la notion de solidarité dans l'exercice de la mission pour la population, c'est-à-dire un service public de proximité exemplaire et de qualité.

RESPECT
Q U I T E
A R T A G E
R A N S P A R E N C E

La Transparence

Elle se fonde sur une démarche de communication pour donner du sens à l'action. La transparence est construite sur un discours cohérent, continu et congruent. Elle renforce le sentiment de crédibilité et de légitimité. Pour cela, la communication doit être claire et adaptée à chaque interlocuteur et chaque contexte.

La transparence doit permettre d'éviter et réduire les interprétations individuelles, subjectives par l'explication du sens des actions en évitant l'écueil de la justification de ses actes. Il s'agit, in fine, de renforcer l'engagement professionnel et la responsabilité des acteurs par l'adhésion à un sens collectif.

L'Équité

L'équité s'atteint par la personnalisation d'une réponse dans un cadre commun, c'est finalement une égalité adaptée à chacun pour garantir la réponse la plus juste au sein de l'institution, tant au niveau managérial qu'auprès des usagers. L'équité ne doit pas déséquilibrer le collectif et donc la possibilité d'apporter la meilleure réponse possible à tout un chacun. Pour cela, il convient de valoriser les potentialités de chacun dans la réalisation de son parcours individuel, qu'il soit personnel ou professionnel, et ce dans le cadre de l'œuvre collective.

Finalement, l'équité est une valeur transversale qui rejoint, la transparence, le respect, la bienveillance et s'inscrit comme un outil au service de la justice au sein des établissements.

QUALITÉ ET SÉCURITÉ EN TRANSVERSALITÉ DANS LE PROJET D'ÉTABLISSEMENT

PROJET MEDICAL - Partie 3 (Page 33 à 42)

LA PROMOTION DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS

- Vers une gestion partagée de la qualité et de la sécurité des soins
 - La politique qualité, sécurité des soins et gestion des risques
 - L'organisation partagée du système de management de la qualité, la sécurité des soins et la gestion des risques
 - La gestion de crise
- La Politique de Qualité de la Prise en Charge Médicamenteuse
- La Politique d'Evaluation des Pratiques Professionnelles
- La Politique de Maîtrise du Risque Infectieux
- Les vigilances sanitaires

PLACE ET DROITS DES USAGERS (Page 43 à 49)

LA POLITIQUE DE PROMOTION DES DROITS DES USAGERS

- Vers une connaissance partagée des droits et libertés des usagers
- La posture réflexive comme moteur de la dynamique de promotion de la bientraitance

RENFORCER LA PLACE DU CITOYEN-USAGER DE LA SANTE

- L'utilisateur, une ressource pour l'amélioration de la vie institutionnelle
- L'utilisateur, comme citoyen-acteur du système de santé : la Commission Citoyenne pour la Santé !

PROJET DE SOINS INFIRMIERS, DE REEDUCATION ET MEDICO-TECHNIQUE (Page 50 à 66)

ORGANISATION EN CONTINU ET CONTINUTE DE L'ACCOMPAGNEMENT

- L'organisation des équipes de soins au service de la qualité de l'accompagnement
- La coordination comme levier à la personnalisation de l'accompagnement
 - La politique de gestion du dossier patient/résident
 - La gestion de l'information, une clé de l'accompagnement personnalisé

LE PROJET DE SOINS MEDICO-TECHNIQUE

- La sécurité des activités transfusionnelles

DES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES ORGANISEES POUR L'ACCOMPAGNEMENT D'UNE POPULATION AGEE

- Dénutrition, déshydratation, escarres, douleur, chutes, fin de vie, troubles du comportement.

PROJET DE VIE MEDICO-SOCIAL (Page 67 à 78)

LA POLITIQUE DU PROJET DE VIE

- D'une vision globale de la personne accompagnée à une réponse pluriprofessionnelle partagée

LE RENFORCEMENT DE LA CULTURE HÔTELIERE

- Au sein des lieux de vie (lingerie, restauration, maintenance et travaux, animation et lien social)

L'ANIMATION ET LA VIE SOCIALE

- Renforcement de l'approche thérapeutique non médicamenteuse.

PROJET DE GESTION (Page 80 à 87)

LA GESTION DU SYSTEME D'INFORMATION

- Le système d'information comme outil de pilotage et de coordination des activités
- La communication comme support de l'engagement professionnel
 - La communication interne : comprendre pour mieux agir !
 - La communication externe : du savoir-faire au faire-savoir !

- La sécurité du système d'information

POUR UNE GESTION DURABLE DU POLE SANTE ROYA-BEVERA

- La politique de développement durable
- La politique achat
- Le pilotage financier, un gage de pérennité

PROJET SOCIAL (Page 89 à 96)

L'ORGANISATION DE LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

Le dialogue social comme pivot de la structure du système de management des ressources humaines

L'AMELIORATION DE L'INTEGRATION DES NOUVEAUX AGENTS

L'AMELIORATION DU SUIVI DES CONDITIONS DE TRAVAIL – LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL

Annexe 1 : Le bilan détaillé des précédents projets d'établissement

Annexe 2 : Le diagnostic territorial détaillé

Annexe 3 : La Politique Qualité, Sécurité des soins et Gestion des risques

Annexe 4 : Logigramme de la gestion de l'information autour du parcours du résident

Un projet à faire vivre dans un contexte qui doit tenir compte :

- de l'impact significatif de l'épidémie de COVID-19 sur les organisations et sur les acteurs de soins
- des conséquences de la tempête Alex, principalement sur la Roya
- des difficultés de recrutement et de fidélisation de professionnels
- des nombreuses évolutions réglementaires
- des enjeux nationaux, de plus en plus clairement exprimés.

LES PRINCIPES DE LA POLITIQUE QUALITÉ / GESTION DES RISQUES/ SÉCURITÉ/ ENVIRONNEMENT

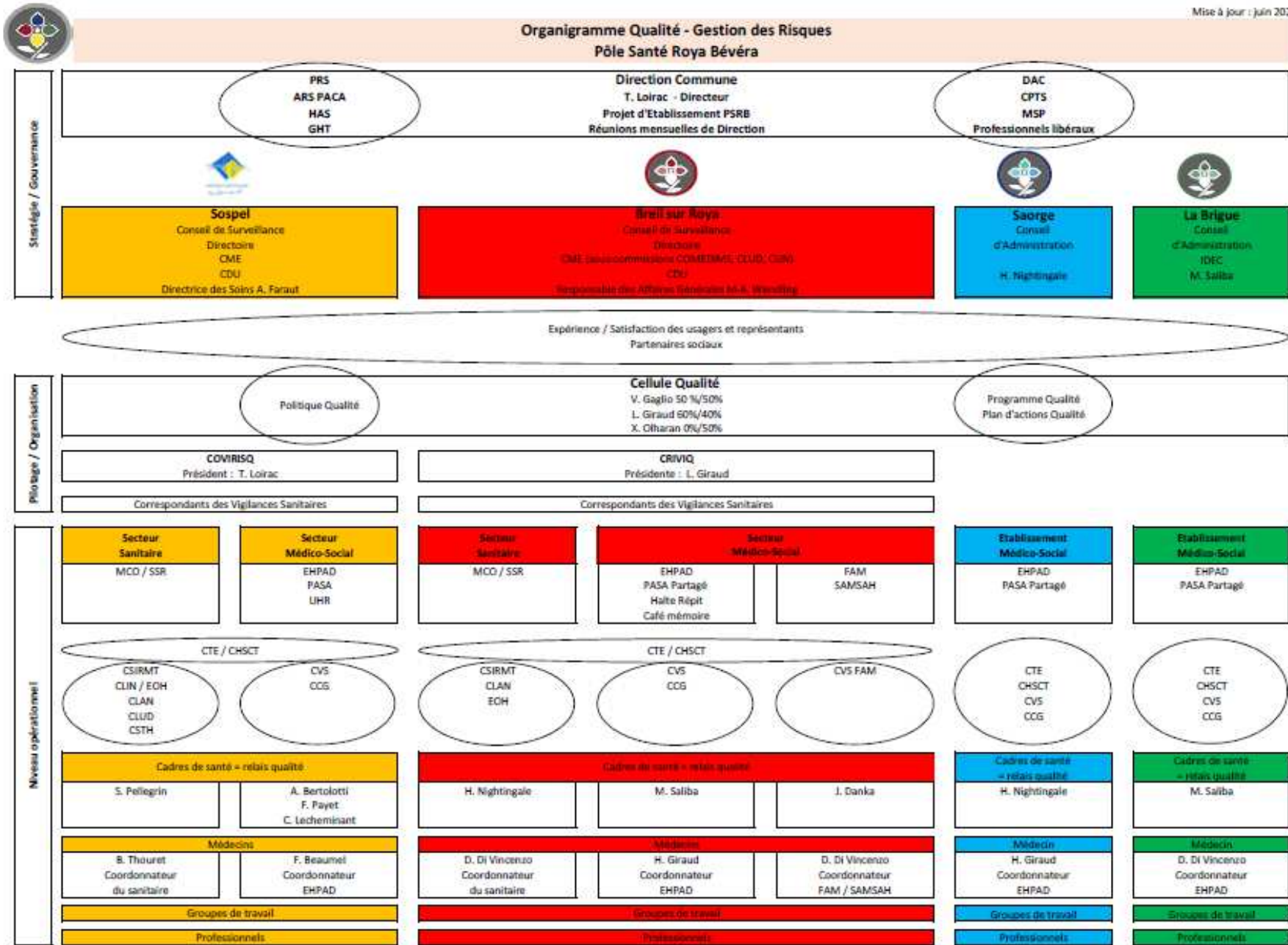
- **Faire participer les usagers** : l'expérience patient est un facteur puissant de progrès. L'implication des patients dans leur prise en soins est recherchée, le recueil de leur satisfaction est organisé, ils sont associés aux décisions stratégiques en les accueillant dans les instances consultatives et décisionnelles ainsi que dans les groupes de travail. Prendre en compte les attentes des usagers ; dire ce que l'on va faire et à faire ce que l'on dit.
- **Mobiliser l'ensemble des professionnels** : l'amélioration de la qualité et de la sécurité repose sur tous et sur chacun autour d'objectifs communs connus.
- **Simplifier les démarches** : les méthodes et outils de la qualité sont utilisés tant qu'ils constituent une aide dans la réalisation des objectifs ; ils sont "de faux amis" s'ils complexifient les tâches sans percevoir d'amélioration.
- **Responsabiliser les acteurs** : le rôle de chacun est d'égale importance dans tous les processus, qu'il participe à la prise en charge de l'utilisateur, au fonctionnement ou au management de l'établissement.
- **Acculturer les personnels à la mesure** : elle permet d'apprécier avec objectivité la qualité du service rendu et la satisfaction des usagers, tout en valorisant le travail accompli dans le but d'améliorer les pratiques.
- **Donner l'exemple** : les orientations de la direction concilient les besoins des usagers et les intérêts des professionnels. Les responsables motivés coopèrent entre eux, s'impliquent et s'engagent pour transformer les orientations en réalité.
- **Susciter la transparence** : signaler, déclarer et prendre en compte les dysfonctionnements, avec une approche positive et constructive. L'erreur apprenante et les dysfonctionnements sont perçus comme des opportunités d'amélioration.
- **Coopérer** : les transversalités sont développées pour limiter les cloisonnements et rompre l'isolement. Les compétences et les moyens sont partagés le plus possible au sein de l'établissement, du territoire et des réseaux existants.

Restructuration de la cellule qualité en 2021 avec :

- La création d'une Direction Qualité sur le PSRB, confiée à un cadre supérieur de santé à temps plein (50% sur Sospel et 50% sur les établissements de la Roya) à compter du 1^{er} décembre 2020.
- Une responsable qualité et gestion des risques à temps plein sur l'ensemble du PSRB (60% sur Sospel et 40% sur les établissements de la Roya) depuis juin 2018, suite au départ de la responsable qualité du CH de Breil sur Roya.
- Un poste de reclassement d'une IDE à 50% sur le site de Breil sur Roya début janvier 2021.

ORGANIGRAMME QUALITE-GESTION DES RISQUES

Mise à jour : juin 2022



FORCES ET FAIBLESSES DU PSRB

POLE SANTÉ ROYA BÉVÉRA	
FORCES	FAIBLESSES
Direction commune	Méconnaissance des établissements en inter vallées
Réunions de Direction avec représentativité de tous les établissements	Eloignement géographique des différents sites
Projet d'établissement commun	Manque de présence des fonctions mutualisées sur les sites de La Brigue et de Saorge
Service qualité partagé	Gestion documentaire différente selon les sites
Politique qualité commune en intégrant les particularités de chaque site	Gestion des évènements indésirables : informatisée à Breil sur Roya, sur papier à Sospel
Disponibilité de personnes ressources au sein de l'établissement (compétences, formations)	Pas d'instances communes : chronophage. Insuffisance de réunions de certaines instances
Partage de documents, travaux, réflexions sur des thématiques	CRIVIQ et COVIRISQ : chronophage
Expertise de la gestion des risques liés aux soins dans le secteur sanitaire mise à disposition du pôle médico-social.	Personnels avec D.U. (hygiène, soins palliatifs, plaies et cicatrisation...) insuffisamment partagés dans leur rôle de conseil et de formation
Logiciels de soins identiques	Absence de réflexion sur un plan de formation commun

OBJECTIFS PRIORITAIRES À PARTIR DE 2022

PASSER LA VISITE DE CERTIFICATION DE LA HAS AVEC LES MEILLEURS RÉSULTATS POSSIBLES POUR LE CH DE SOSPEL ET LE CH DE BREIL SUR ROYA

DEPLOYER ET FAIRE VIVRE UNE POLITIQUE QUALITÉ-GDR-DD SUR LE PSRB

- Disposer d'une politique d'amélioration de la qualité-GDR en lien avec les orientations stratégiques de l'établissement
- Intégrer dans la Politique Qualité-GDR des objectifs en matière de gestion de crise et de développement durable
- Améliorer l'appropriation de la Politique et culture Qualité-GDR par les services

DONNER ENCORE PLUS LA PAROLE A L'USAGER

- Impliquer les représentants des usagers dans la rédaction d'un projet des usagers
- Donner plus de lisibilité à la gestion des plaintes, des réclamations et des éloges
- Pérenniser les approches et les méthodes d'investigation en lien avec le patient
- Intégrer des usagers dans des groupes de travail sur des thématiques qui les concernent

ENCOURAGER LES PROFESSIONNELS À ÊTRE ACTEURS, VOIRE AUTEURS DE LA DÉMARCHE QUALITÉ-GDR-DD SUR SON SITE

- S'informer de l'actualité de la démarche Qualité-GDR (bulletin d'information mensuel, réunions...)
- Participer aux instances ou groupes de travail de l'établissement
- S'impliquer dans l'évaluation des pratiques
- Rédiger une charte de confiance et d'encouragement à la déclaration d'évènement indésirable commune au PSRB.

UTILISER LES DOCUMENTS À DISPOSITION

- Optimiser la gestion documentaire (différente selon les sites : ENNOV, GESDOC)
- S'assurer de la validité des documents mis à disposition
- Sensibiliser les professionnels à la prise de connaissance des nouveaux documents

ANALYSER ET MAÎTRISER LES RISQUES

- Sensibiliser les professionnels aux risques a priori et a posteriori dans chaque secteur d'activité
- Renforcer le déploiement des CREX
- Utiliser régulièrement les méthodes d'évaluation (patient traceur, parcours traceur, audit système, traceur ciblé)
- Resensibiliser les vigilants sur leurs missions (fiche de mission, bilan annuel)

AGIR POUR S'AMÉLIORER

- Mettre à jour le PAQSS à partir des résultats de l'autoévaluation et de la certification, des résultats des audits internes et des EPP, des exigences réglementaires, des contrôles et audits externes, du projet d'établissement, du CPOM
- Hiérarchiser et choisir les priorités d'actions.
- Evaluer l'efficacité des actions mises en place grâce aux indicateurs
- Comparer les indicateurs du PSRB à ceux des autres structures de santé ou de vigilance et de veille sanitaire
- Elaborer un plan de communication des indicateurs internes et nationaux
- Apporter une aide méthodologique pour l'évaluation interne et externe des secteurs médico-sociaux du PSRB (FAM et EHPAD de BREIL SUR ROYA ; EHPAD SOSPEL ; EHPAD SAORGE et EHPAD LA BRIGUE)

PARTICIPER À DES ACTIONS DE SENSIBILISATION EN SANTÉ PUBLIQUE

- Semaine de la sécurité du patient
- Journées nationales (tabac ; aidant ; mains propres ; infirmier(es))

ANNEXES

ANNEXE 1 : BILAN D'ACTIVITÉ SERVICE QUALITÉ 2021 PSRB

		CH de Sospel	CH de Breil sur Roya
CERTIFICATION	Démarche de certification V2014	Cotation "A" en juillet 2017	Cotation "A" en février 2018
	Démarche de certification V2020	Début des travaux en mars 2021	
	Formations et sensibilisation	Participation aux webinaires : <ul style="list-style-type: none"> - HAS : <ul style="list-style-type: none"> o Présentation de la procédure de certification et du manuel o Retour d'expérience sur les 1ères visites de certification - Espace Ethique Azuréen : <ul style="list-style-type: none"> o Savoirs expérientiels en santé (patient expert, patient partenaire) - PASQUAL (Structure Régionale d'Appui à la Qualité) : <ul style="list-style-type: none"> o Présentation des méthodes d'évaluation o Comptoir qualité sur PECM o Enquête « Participation des usagers » o Comptoir qualité sur certification et gestion des risques o Comptoir qualité sur engagement patient o Comptoir qualité sur risque infectieux o Comptoir qualité sur identitovigilance o Comptoir qualité sur vigilances et hémovigilance - GRIVES (groupe régional d'identitovigilance en santé) : <ul style="list-style-type: none"> o Certification et identitovigilance 	
	Groupes de travail pluridisciplinaires	Thématiques : <ul style="list-style-type: none"> - Droits des patients - Parcours patient - Médicaments / risque infectieux / produits sanguins labiles - Prise en charge / dossier patient / douleur / soins palliatifs - Qualité-Gestion des Risques - Qualité de vie au travail 	
	Plan d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS)	<ul style="list-style-type: none"> - Auto évaluation des critères du manuel - Mise à jour du PAQSS - Préparation de la visite de certification 	
INDICATEURS		Indicateurs nationaux (obligatoires et facultatifs) : <ul style="list-style-type: none"> - Secteur sanitaire - Secteur hébergement 	

	CH de Sospel	CH de Breil sur Roya
EVENEMENTS INDESIRABLES	Dysfonctionnements graves (décret du 21/12/2016) Evènements sanitaires indésirables Evènements indésirables graves associés à des soins (dommage lié aux soins) Infections associées aux soins et prévention Gestion des Infections Respiratoires Aigües (IRA) Gestion des Gastro-Entérites Aigües (GEA) Evènements graves de sécurité des systèmes d'information (décret 12/09/2016) Prévalence des chutes : suivi de 4 indicateurs	
INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS	Prélèvements bactériologiques Légionelle	Prélèvements bactériologiques
COMMUNICATION	Rédaction bulletin d'information mensuel	Rédaction bulletin d'information mensuel
EXPRESSION DES USAGERS	Questionnaire e-satis Questionnaire de sortie Plaintes et réclamations Remerciements et satisfactions	
VEILLE REGLEMENTAIRE	Lecture des parutions (journal officiel et webzine santé) Mail informatif aux professionnels concernés	
GESTION DOCUMENTAIRE	Création, révision de procédures, de protocoles, de listes, de documents divers	Création, révision de procédures, de protocoles, de listes, de documents divers
ARCHIVAGE DES DOSSIERS MEDICAUX	Participation du service qualité à la sélection des dossiers papier à détruire. Listing des dossiers à détruire dans le respect de la législation en vigueur (accord des archives départementales)	Participation du service qualité à la sélection des dossiers papier à détruire et organisation du déménagement des archives dans le nouveau bâtiment. Listing des dossiers à détruire dans le respect de la législation en vigueur (accord des archives départementales)
GHT	Nombre de réunions du BQSU GHT 06 : <ul style="list-style-type: none"> - 2 en 2018 - 3 en 2019 - 4 en 2020 - 3 en 2021 	
SUIVI DE DOSSIERS	<ul style="list-style-type: none"> - Coordination du dossier de demande de labellisation « hôpital de proximité » - Evaluation du CPOM sanitaire Participation aux groupes de rédaction du Projet Territorial de Santé (Sospel, Breil sur Roya et Menton)	

ANNEXE 2 : POINT D'ÉTAPE 2022

Fiche projet / Projet d'établissement 2019-2023

Titre du projet	Faire converger l'organisation du système de management de la qualité et de gestion des risques vers une un pilotage centralisé
Responsable du projet	Direction – Responsable Qualité
Echéance(s)	
Objectif(s)	Faire converger l'organisation du système de management de la qualité et de gestion des risques vers une un pilotage centralisé
Problématique/Enjeux	La gestion en multi-sites et multi-services de la démarche implique une centralisation du pilotage mais également de disposer de relais opérationnels pour en assurer son déploiement sur chaque site.

Etape 1

Etape	Personne(s) ressources(s)	Ressources nécessaires / descriptif de l'étape	Echéance(s)	Indicateur(s) associé(s)
Faire évoluer les rôles et responsabilités des acteurs	Direction	Centraliser la démarche autour du responsable qualité	2021	<p>Equipe qualité du pôle structurée en décembre 2020 Organigramme qualité réalisé en avril 2021 en attente de validation par la Direction Manque d'effectif encadrement (2021) pour des actions en lien avec la qualité Professionnels jour et nuit associés au groupe de travail (6 thématiques)</p> <p>Niveau d'appropriation de la mission par chaque acteur</p>
		Positionner chaque responsable de site comme relais opérationnel de la démarche		
		Identifier sur chaque service un binôme référent jour et nuit		
		Formaliser la fiche de mission des référents qualité et assurer sa diffusion auprès des responsables de service et des référents qualité		

Etape 2

Etape	Personne(s) ressources(s)	Ressources nécessaires / descriptif de l'étape	Echéance(s)	Indicateur(s) associé(s)
Mettre en place les outils de la coordination et de l'efficacité de la qualité	Direction Responsable Qualité Relais opérationnels	Mettre en place un CRIVIQ commun	2023	<p>Non initié (le service qualité partage son temps entre le CH de BREIL et le CH de SOSPEL ; Peu de temps dédié pour les EHPAD de LA BRIGUE et SAORGE en 2021/2022)</p> <p>Mise en place effective des instances</p>
		Mettre en place d'une cellule opérationnelle au sein de chaque établissement		
		Etendre le logiciel ENNOV à l'ensemble des établissements	2023	<p>Non initié (coût de déploiement du logiciel sur Sospel ?)</p> <p>Niveau de couverture des établissements du territoire par le logiciel</p>
		Organiser la formation de la responsable qualité à l'utilisation du logiciel et assurer la cascade sur le terrain de la formation (relais, référents, agents)	2022	<p>1 journée de formation ENNOV en 2022 (5 responsables d'activités présents) 2^{ème} journée de paramétrage annulée et sera réalisée avec prestataire ASGARD car technique ++</p> <p>Capacité des agents à l'utilisation du logiciel</p>

Etape 3

Etape	Personne(s) ressources(s)	Ressources nécessaires / descriptif de l'étape	Echéance(s)	Indicateur(s) associé(s)
Renforcer la gestion documentaire	Direction Responsable Qualité	Partager des règles communes du circuit d'actualisation ou d'élaboration d'un document et plus précisément : <ul style="list-style-type: none"> • L'élaboration du fond d'un document est assurée par une ressource compétente désignée par la direction/Encadrement. • Le référent qualité est chargé de valider la forme du document élaboré. • Tout document est soumis à l'approbation de la direction et/ou des instances avant décision. • La décision de diffusion est prise par la Direction/Encadrement. 	Priorité 2023	<p>La gestion documentaire est à travailler sur l'ensemble du pôle afin d'assurer une régularité dans la révision des protocoles et procédures.</p> <p>Evolution du nombre de décisions prises par la direction prises approuver la diffusion d'un document</p>
	Direction Responsable Qualité	Renforcer les modalités de diffusion et d'appropriation de ses documents : <ul style="list-style-type: none"> • Confier la responsabilité de diffusion d'un document au responsable de service pour renforcer le caractère contraignant du document et ainsi l'ériger en règle de travail. • Organiser la traçabilité de la diffusion d'un document pour renforcer auprès des équipes la culture de la responsabilisation individuelle (feuille d'émergence). • Démultiplier les canaux et modalités de diffusion d'un document pour favoriser l'appropriation par les professionnels (Lecture commentée, Mise en situation réelle...). • Organiser l'évaluation de l'efficacité du document. 		<p>Ensemble des documents relatifs au circuit du médicament est en cours de révision et réactualisation au premier semestre 2022 (CH de Breil sur Roya)</p> <p>Taux de documents actualisés</p>
	Responsable Qualité	Homogénéiser les règles statiques d'identification des documents	2021	<p>Non initié (gestion documentaire propre à chaque site)</p> <p>Mise en œuvre effective de règles homogènes</p>

Etape 4

Etape	Personne(s) ressources(s)	Ressources nécessaires / descriptif de l'étape	Echéance(s)	Indicateur(s) associé(s)
Uniformiser la gestion des Evènements indésirables	Direction Réfèrent SI Responsable Qualité	Faire évoluer le lexique et la dénomination de sa fiche en substituant Fiche d'Amélioration de la Qualité (FAQ) à Fiche d'Evènement Indésirable (FEI)	AA PRIORITAIRE	Bilan des évènements indésirables 2021 disponible Evolution du nombre de signalements
		Organiser la sensibilisation des agents sur le sens, la portée des FAQ		
		Centraliser l'évaluation, l'analyse et les réponses mises en œuvre autour du responsable de service		
		Paramétrer le logiciel conformément aux besoins du circuit		
		Anticiper les ruptures dans le circuit, notamment en cas d'absence du responsable de service et/ou du responsable qualité		
		Organiser la consolidation des données émanant des FAQ en CRIVIQ		
Déconcentrer le suivi des projets d'amélioration	Responsable Qualité	Formaliser un PAQ consolidé à l'échelle du Pôle offrant la possibilité d'extraction d'un PAQ pour chaque site	2022	PAQ actualisé en 2022 pour CH de BREIL et CH de SOSPEL Planning de GANTT pour les 2 sites. PV de réunion CRIVIQ et COVIRISQ Nombre de CRIVIQ organisé Nombre de rencontres organisées en cellules opérationnelles
		Prévoir le suivi et la consolidation des données émanant du terrain en CRIVIQ (mise en œuvre des projets, FAQ, Analyse des causes de chute, évolution réglementaire, mesure de la qualité...).		
		Assurer l'analyse trimestrielle des projets en cours et d'organiser la remontée d'informations vers la CME pour orienter les processus décisionnels.		
		Organiser la gestion des projets d'amélioration en cellule qualité par le cadre de service.		
		Communiquer sur la mise en œuvre du PAQ au moyen d'un outil synoptique accessible et attractif		
		Organiser le relais de communication oral auprès des agents au sortir de la CRIVIQ		

Etape 5

Etape	Personne(s) ressources(s)	Ressources nécessaires / descriptif de l'étape	Echéance(s)	Indicateur(s) associé(s)
Faire progresser la mesure de la qualité	Responsable Qualité	Toiletter le questionnaire de satisfaction	Fait en 2021 Harmonisation des 2 questionnaires pour possibilité de comparatifs inter-sites	Bilan 2021 disponible pour secteur sanitaire Evolution du taux de participation au questionnaire
		Sélectionner et mettre en place une dizaine d'indicateurs à évaluer cycliquement pour assurer la mesure objective de la qualité	2022	4 indicateurs de chutes sont suivis / population âgée
		Organiser l'analyse des résultats des indicateurs en CRIVIQ une fois par an, en croisant les regards entre établissements	2022	Mise en œuvre effective de la démarche de mesure objective de la qualité

Etape 6

Etape	Personne(s) ressources(s)	Ressources nécessaires / descriptif de l'étape	Echéance(s)	Indicateur(s) associé(s)
Faire progresser l'organisation de la gestion de crise	Direction	Effectuer des rappels réguliers couplés d'exercices de simulation comprenant une convocation en cellule de crise au sein des établissements sanitaires		Mise en place effective des exercices de mise en situation réelle Projet en cours de formalisation avec le formateur AFGSU mais non souhaité en 2022 par le Directeur des soins (Sospel) et Directeur Médical (Breil sur Roya). Report 2023
		Concernant les établissements médico-sociaux, il est prévu d'organiser un travail collectif pour capitaliser et prendre en compte les spécificités de chaque site afin de : <ul style="list-style-type: none"> • Organiser une chaîne d'alerte • Procéder et formaliser une analyse des risques liés à la grippe 		Formations communes aux secteurs sanitaire et médico-social concernant l'AFGSU en 2021 et 2022 (Roya)